



แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ  
กองทุนประกันสังคม  
(สำหรับสถานพยาบาล)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ .....  
วันที่รับ.....  
ผู้รับ.....

- ชื่อสถานพยาบาล.....ขอรับค่าบริการพยาบาลของผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ  
ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน ---  
เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภท  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน
- ข้อมูลสถานพยาบาล  เป็น สถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์  
 ไม่เป็น สถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์
- ชื่อโรคหรืออาการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์.....  
.....
- วิธีการรักษาพยาบาล .....  
.....  
วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....  
รวมเป็นเงิน .....บาท (.....)
- ขอรับเงิน  ที่สำนักงานประกันสังคม  อนุมัติสงฆ์จ่าย ปลน .....  ธนาคาร.....  
สาขา ..... บัญชีเลขที่ .....
- เอกสารประกอบการยื่นคำขอที่แนบ  
 ใบรับรองแพทย์  
 ใบสรุป / ใบแสดงรายการค่าบริการพยาบาล

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้รับมอบอำนาจ.....

คำรับรองของผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ..... ขอรับรองว่า  
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่าบริการพยาบาล  
(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
วันที่...../...../.....

คำเตือน : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิด  
ข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามหรือ  
ทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุก  
ไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

## สำหรับเจ้าหน้าที่

### คำแนะนำในการกรอกแบบ

1. กรอกชื่อสถานพยาบาล ชื่อ ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน ของผู้ประกันคนที่ทุกข์พลภาพ
2. กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน และใส่เครื่องหมาย “√” หน้าข้อความที่ต้องการ
3. ใส่เครื่องหมาย “√” ในช่อง  หน้าข้อความที่ขอรับเงิน
  - กรณีรับเงินทางธนาคาร ให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงิน
  - กรณีรับเงินทางธนาคาร กรอกรายละเอียดเกี่ยวกับธนาคาร สาขา เลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ให้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถรับได้เฉพาะ 8 แห่ง ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารนครหลวงไทย จำกัด (มหาชน) และธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย (บัญชีเงินฝากต้องเป็นประเภทออมทรัพย์และเป็นชื่อของผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิเท่านั้น)
4. เอกสารประกอบการยื่นคำขอต้องครบถ้วน
5. ลงลายมือชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับมอบอำนาจในแบบคำขอฯ ส่วนบน และให้ผู้ประกันคนที่ทุกข์พลภาพ ลงลายมือชื่อในคำรับรองของผู้ประกันคนที่ทุกข์พลภาพซึ่งอยู่ส่วนล่างในแบบคำขอฯ พร้อมวัน เดือน ปีที่ยื่นแบบ